

rTMS治療の適応チェック表		
患者氏名（		）
患者氏名（		評価日 年 月 日
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	18歳以上である
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	本人からrTMS治療の同意を得ることができる
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	うつ病（DSM-5：大うつ病性障害、ICD-10：うつ病エピソード）である
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	1剤以上の抗うつ薬の至適用量を十分期間使用し、効果が不十分である
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	双極性障害ではない
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	軽症うつ病エピソードではない
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	精神病症状や切迫する希死念慮を伴う重症うつ病エピソードではない
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	頭蓋内金属・心臓ペースメーカーを有していない
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	てんかん発作の既往がない（小児期の熱性けいれんは除く）
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	アルコール・カフェイン・覚せい剤の乱用・離脱がない
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	妊娠中ではない
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	重篤な身体疾患を合併していない

* 一項目でもいいえになりますと、当院でのrTMS治療の適応とはなりません

公益財団法人浅香山病院精神科 2022年1月作成